

# Ágrip erinda

## E 01 Smáæðablóðflæði í slímhúð smáparma skoðað með orthogonal polarization spectral imaging (OPS) tækni

Gísli H. Sigurðsson<sup>1</sup>, Luzius Hildebrand<sup>2</sup>, Vladimir Krejci<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Svæfinga- og gjörgæsludeild Landspítala, <sup>2</sup>Svæfingadeild, Washington University, St Louis, USA. <sup>3</sup>Svæfinga- og gjörgæsludeild, Inselspital í Bern, Sviss  
[gislihs@landspitali.is](mailto:gislihs@landspitali.is)

**Inngangur:** Það hefur verið sýnt fram á með laser Doppler (LDF) mælingum að blóðflæði í sumum smáæðum líkamans sveiflast reglulega frá láglæði til háflæðis á 10-30 sekúndna fresti (flow motion, FM). Hreyfingar í æðavegg sem framkalla breytingar í flæði eru kallaðar vasomotion. Það hefur þó ekki verið óyggjandi sýnt fram á að þessar reglulegu hreyfingar í æðavegg valdi breytingum á blóðflæði. Tilgangur þessarar rannsóknar var að kanna hvort þessar sveiflur í smáæðablóðflæði sem hafa mælst með LDF endurspegli raunverulegar sveiflur á flæði.

**Efniviður og aðferðir:** Smáæðablóðflæði var mælt með fjölnema-LDF mæli og orthogonal polarization spectral imaging (OPS) tækni. Það síðarnefnda er einskonar smásjármyndbands-upptaka af blóðflæði í smáæðum/háræðum (microcirculatory blood flow). OPS mælingin er gerð án þess að koma við vefinn, án þess að lýsa hann upp eða lýsa í gegnum hann (virtual back-lighting). Þannig er lítil hætta á að mælingin sjálf valdi truflun á starfsemi frumnanna í vefnum sem verið er að rannsaka öfugt við aðrar aðferðir, svo sem intravital smásjárskoðun sem truflar lífeðlisfræði frumna og vefja. Átta svín voru svæfð og lögd í öndunarvél. Smáæðablóðflæði var mælt bæði í slímhúð og vöðvalagi smágirnis, með þremur LDF nemum hvort. Mælingar voru gerðar á útslagi (amplitude) og tíðni sveiflna í smáæðablóðflæði (FM) sem voru sýnilegar á LDF. Jafnframt var stöðug mæling gerð með OPS tækni í smágirnisslímhúð.

**Helstu niðurstöður:** Sýnt var fram á tilvist FM (meðal tíðni 5,5 bpm) í smágirnisslímhúð allra dýranna sem rannsökuð voru með LDF, að minnsta kosti í einum nema (í flestum tilvikum í öllum þrem). Aftur á móti sást engin FM í vöðvalagi smáparmanna. OPS mælingin staðfesti á óyggjandi hátt að flæði minnkar reglulega (sama tíðni og LDF mælingin) í smáæðum slímhúðar þarma og stöðvast alveg í nokkrar sekúndur í senn áður en það smáeykst aftur upp í ákveðið hámark áður það lækkaði enn á ný. Það var einnig sýnt fram á að FM var ekki í takt í aðliggjandi æðum sem bendir til að staðbundnir þættir stjórni þessum hreyfingum. Enn fremur sýndi OPS tæknin að FM á sér stað í smágirnistotunum (villi).

**Ályktanir:** Mælingar með orthogonal polarization spectral imaging (OPS) tækni taka af allan vafa um að reglulegar sveiflur í smáæðablóðflæði sem mælast með LDF tækni eru raunverulegar sveiflur í smáæðablóðflæði (flow motion). Flæðið getur sveiflast frá hámarksflæði niður í nánast ekkert flæði á 6-10 sekúndum. OPS tæknin sýndi ennfremur að þessar sveiflur eiga sér einnig stað í smágirnistotunum (villi).

## E 02 Bráðaflokkun í slysum, hryðjuverkum, stríði og hamförum

Brynjólfur Mogensen<sup>1</sup>, Sigurður Guðmundsson<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Landspítali, <sup>2</sup>Landlæknisembættið, <sup>1,2</sup>Háskóli Íslands  
[brynjolf@landspitali.is](mailto:brynjolf@landspitali.is)

**Inngangur:** Í slysum, hryðjuverkum, stríði og hamförum eru skjót og markviss viðbrögð samfélagsins nauðsynleg þegar margir slasast. Það verður meðal annars að bráðaflokka hina slösuðu og gera nánara áverkamat ef nauðsyn krefur. Líflæknir Napóleons innleiddi bráðaflokkun sem hefur síðan verið í stöðugri þróun.

Flokkunarkerfi fyrir slasaða verður að vera heildstætt, einfalt, fljótlegt og áreiðanlegt. Sérmerkingar eru nauðsynlegar fyrir eiturefni, sýklavá og geislun meðal annars til að fyrirbyggja smitun, auðvelda hreinsun og bæta meðferð.

**Efniviður og aðferðir:** Undanfarin misseri hefur verið unnið að því að taka í notkun einfalt en áreiðanlegt bráðaflokkunarkerfi fyrir slasaða á Íslandi sem heilbrigðisstarfsmenn og aðrir vel þjálfaðir geta notað þegar á reynir.

Á vettvangi eru viðmiðin í bráðaflokkun: Meðvitund, göngugeta, öndun og púls. Læknar, hjúkrunarfræðingar, sjúkraflutningsaðilar og lögregla geta sinnt bráðaflokkun. Á söfnunarsvæði slasaðra er áverkamatið nákvæmara og byggir meðal annars á Glasgow coma scale, öndun og blóðþrýstingi ásamt nákvæmri líkamsskoðun. Læknar og hjúkrunarfræðingar gera yfirleitt áverkamat.

Sérmerkingar fyrir eiturefni, lífrænt eitur eða sýklavá og geislun eru hluti af bráðaflokkun en eru eingöngu notaðar ef grunur er um slíka vá. Heilbrigðisstarfsmenn og sjúkraflutningsaðilar leysa þetta starf af hendi að öllu jöfnu best.

**Ályktun:** Í endurskipulagningu á viðbrögðum vegna slysa, hryðjuverka, stríðs og hamfara er verið að taka í notkun nýja bráðaflokkun, áverkamat og sérmerkingar vegna eiturefna, sýklavá og geislun. Mat á hinum slösuðu og þjónustan verður betri og áreiðanlegri. Bráðaflokkun er líka hægt að nota dagsdaglega þótt um einstakt slys sé að ræða.

## E 03 Strómaæxli í daus

Halla Viðarsdóttir<sup>1,2</sup>, Páll Helgi Möller<sup>1,2</sup>, Sigurgeir Kjartansson<sup>2</sup>, Geir Tryggvason<sup>2</sup>, Jón Gunnlaugur Jónasson<sup>1,3,4</sup>

<sup>1</sup>Læknadeild Háskóla Íslands, <sup>2</sup>Skurðlækningadeild Landspítala Hringbraut, <sup>3</sup>Rannsóknastofa Háskólans í meinafræði, <sup>4</sup>Krabbameinsskrá Krabbameinsfélags Íslands  
[pallm@lsh.is](mailto:pallm@lsh.is)

Strómaæxli (GastroIntestinal Stromal Tumour, GIST) eru algengustu bandvefskímsæxli (mesenchymal tumour) í meltingarvegi en talið er að um 15 einstaklingar greinist árlega með sjúkdóminn á hverja 1.000.000 íbúa. GIST geta komið fyrir hvar sem er í meltingarvegi. GIST koma fyrir í 50-60% tilfella í maga,

20-30% í smáþörmum, 10% í ristli, 5% í vélinda og 5% annars staðar í meltingarveginum. GIST eru afar sjaldgæf í daus og er hér um fyrsta tilfellið að ræða sem greinst hefur hér á landi.

Hér er fjallað um 73 ára karlmann sem hafði áralanga sögu um hægdaregðu og leitaði til heilsugæslulæknis 1987 vegna fyrirferðar við daus. Við skoðun fannst 2 cm fyrirferð. Sjúklingi var vísað til skurðlæknis sem framkvæmdi staðbundið brottmát á æxlinu. Vefjarannsókn sýndi illkynja æxlisvöxt sem talinn var sarkmeið af sléttvöðvatoga (leiomyosarcoma) af lágrí gráðu. Ekki var talin ástæða til frekari meðferðar. Tveimur árum síðar greindist sjúklingur með staðbundna endurkomu æxlisins sem þá virtist vaxið inn í hringvöðvann. Aftur var framkvæmt staðbundið brottmát þar sem sjúklingur var ekki talinn þola stærri aðgerð. Ekki voru merki um frekari útbreiðslu. Við endurskoðun á sýnunum í apríl 2004 vegna vísindarannsóknar vaknaði grunur um að um væri að ræða strómaæxli í meltingarvegi (GastroIntestinal Stromal Tumour, GIST). Þessi grunur var síðan staðfestur með mótefnalitun á æxlisvefnum. Skoðað var hvar stökkbreyting var staðsett á KIT geni í æxlisfrumunum. Hún var staðsett á útröð 11 sem er algengasta stökkbreytingin í þessum æxlum.

Nú eru þessi æxli meðhöndluð auk skurðaðgerðar með nýju lyfi, imatiníbf mesylate, sem er tyrosín kína blokki. Lyfið verkar misvel eftir því hvar stökkbreytingin er staðsett í æxlisfrumunum. Það gagnast einna best við æxli með stökkbreytingu í útröð 11 eins og í þessu tilfelli.

#### E 04 Mat á árangri utanbastsverkjameðferðar með búpívakain (BFA) eða rópívakain (RFA) fentanýladrenalinblöndu á handlækningadeild Landspítala á árinu 2003

Steinunn Hauksdóttir, Gísli Vigfússon, Ástríður Jóhannesdóttir  
Svæfingadeild Landspítala Hringbraut  
[steihauk@landspitali.is](mailto:steihauk@landspitali.is)

**Inngangur:** Frá árinu 1996 hefur staðlæg utanbastsverkjameðferð verið notuð við allar stærri aðgerðir á handlækningadeild Landspítala Hringbraut. Notuð hefur verið stöðluð blanda með búpívakaini 0,1%, fentanýli og adrenalíni í sídreypi (BFA-blanda). Lausnin var framleidd innanlands þar til á miðju ári 2003. Var þá ákveðið að framleiða svipaða lausn í lyfjabúri spítalans. Rópívakain 0,2%, sem hefur minni aukaverkanir en búpívakain, var nú notað í blönduna (RFA-blanda). Vegna kostnaðar, vandkvæða við blöndun og stutts geymslutíma var brugðið á fyrri blöndun eftir fjögurra mánaða notkun RFA-blöndu.

**Efniviður og aðferðir:** Í lok árs 2003 voru BFA- og RFA-blöndur bornar saman með tilliti til árangurs og fylgikvilla meðferðar. 447 sjúklingar voru í úttektinni, 119 í RFA-hópnum og 328 í BFA-hópnum. Eftirlit með lífsmörkum, verkjum og fylgikvillum var með svipuðu sniði og undangengin ár. Skráð var á eftirlitsblað lífsmörk, verkjamat (VAS-skali), viðbótarverkjalyf, vöðvastyrkur (samkvæmt Bromage) svo og fylgikvillar meðferðar.

**Niðurstöður:** Hlutfall karla og kvenna var svipað í hópnum, meðalaldur svipaður svo og hlutfall sérgreina skurðlækninga, það er kviðarhol-, brjósthol- og þvaggæraaðgerða. Dreypihraði lyfjablöndu var ívið meiri í BFA-hópnum. Notkun annarra

verkjalyfja, ópíata og salílyfja var svipuð. Verkjastilling á fyrsta og öðrum degi eftir aðgerð var svipuð í báðum hópnum. Tíðni fylgikvilla meðferðar eins og kláði og minnkaður vöðvastyrkur var og svipuð. Heldur fleiri luku fyrirhugaðri meðferð í RFA-hópnum.

**Ályktanir:** BFA- og RFA-lyfjablöndur virðast jafngildar miðað við verkjastillingu, lyfjanotkun og fylgikvilla. Tæknileg vandkvæði komu hins vegar upp við blöndun RFA-dreypis auk meiri kostnaðar og styttri geymslutíma blöndunnar.

#### E 05 Mjógirnirannsókn með holsjárhyli: Er málið leyst?

Ásgeir Theodórs  
Meltingarsjúkdómadeild St. Jósefsspítala, Hafnarfirði  
[atheo@landspitali.is](mailto:atheo@landspitali.is)

Um 2-10% langvinnra blæðinga í meltingarvegi eru taldar koma frá mjógirni, þegar hefðbundnar holsjárannsóknir á efri og neðri hluta meltingarvegur eru edlilegar. Aðrar rannsóknir, til dæmis röntgenmynd af mjógirni (enteroclysis), æðarannsókn (angiography), blóð sindurritun (blood pool scintigraphy, tagged red cell scan) og Meckel skannmynd bæta þó litlu við til að greina orsök og staðsetningu blæðingar hjá þeim sjúklingum sem hafa hægfara, langvinnar blæðingar frá meltingarvegi (CGB-chronic gastrointestinal bleeding). Holsjárannsókn á mjógirni (push enteroscopy) er hægt að framkvæma, en IOE (intraoperative endoscopy) sem er bæði tímaflek og oft flókin er stundum síðasta rannsóknin sem mögulegt er að beita í erfiðum tilvikum.

Rannsókn með holsjárhyli gerir kleift að skoða allt mjógirnið myndrænt. Hún er óþægindalaus og oftast framkvæmd hjá sjúklingum án innlagnar á sjúkrahús. Svokölluðu M<sub>2</sub>A® (M: mouth, 2: to, A: anus) holsjárhyli (2,5 x 1,1 sm), sem inniheldur örsmáa myndbandsvél (tvær myndir á sekúndu) er kyngt. Úr maga berst það niður allt mjógirnið fyrir tilstilli hrynjandi hreyfinga (propulsive waves). Næmar á kviðvegg sjúklings taka við myndunum, senda það til sérstaks upptökutækis sem sjúklingur ber. Að átta klukkustundum liðnum skilar sjúklingur upptökutækinu sem er tengt tölvubúnaði sem les myndefnið, auk þess að gefa upp staðsetningu á hylkinu í smágirni á hverjum tíma. Hylkið er einnota og skilst út með hægdum. Holsjárhyli hefur komið að gagni við greiningu á: 1) Blóðleysi vegna járnskorts og blæðingar frá meltingarvegi. 2) Celiac sjúkdómi. 3) Vefjaskemmdum (lesions) vegna salílyfja (NSAID drugs). 4) Crohn's sjúkdómi (greining og mat eftir meðferð). 5) Leyndum mjógirnissjúkdómum hjá börnum (eldri en 10 ára).

Rannsókn með holsjárhylinu getur hjálpað til við greiningu þar sem aðrar rannsóknir hjálpa ekki. Greiningu og meðferð er breytt hjá um 50% sjúklinga. Samræmi er gott á mati hjá mismunandi aðilum (interobserver consistency).

Holsjárhylinu og rannsóknaraðferðinni verður nánar lýst.

## E 06 Lifrarskurðaðgerðir á Landakoti 1977-1992

Bergþór Björnsson, Sigurgeir Kjartansson

Skurðsvið Landspítala

bergthor@landspitali.is

**Inngangur:** Aðgerðum vegna lifraræxla hefur farið fjölgandi, bæði hérlendis og erlendis, á síðastliðnum áratugum. Komið hafa fram ný tæki sem eiga að auðvelda aðgerðir af þessu tagi og árangur þeirra hefur batnað. Tilgangur þessarar rannsóknar var að taka saman ábendingar og árangur lifrarskurðaðgerða á Landakoti á árabílinu 1977-1992.

**Efniviður og aðferðir:** Rannsóknin var afturskyggn. Farið var yfir sjúkraskrár allra sjúklinga sem gengust undir aðgerðir á lifur á Landakoti á árunum 1977 til 1992. Sérstaklega var skoðað hve mikið blæddi í aðgerð, hvaða hlutar lifrar voru fjarlægðir, vefja-greining og lifun.

**Niðurstöður:** Gerðar voru 26 aðgerðir á tímabilinu. Niðurstöður ná til 23 aðgerða. Karlar voru 11 en konur 12. Meðalaldur við aðgerð var 55,5 ár. Í 17 aðgerðum var heilt lifrarblað fjarlægð. Meðalblæðing var tæplega 4,2 lítrar og meðalblóðgjöf var 7,5 einingar. Í 17 tilfellum var um að ræða frumkomin lifraræxli en í sex tilfellum voru aðgerðir gerðar vegna meinvarpa. Af frumkomnum lifraræxlum voru 11 illkynja. Meinvarp voru kirtlæxli í fimm tilfellum, þrjú frá ristli, eitt frá nýrnahettu og eitt frá nýra. Eitt meinvarp var „carcinoid“ og var það frá maga. Af sjúklingum með lifrarfrumuæxli eru fimm á lífi að meðaltali tæplega 19,5 árum eftir aðgerð. Meðallifun þeirra sem eru látnir eftir aðgerð vegna lifrarfrumuæxla var 2,6 ár. Einn sjúklingur er á lífi eftir lifraraðgerð vegna meinvarps, 11,7 árum eftir aðgerð, það meinvarp var frá nýra. Meðallifun annarra sjúklinga sem undirgengust aðgerð vegna meinvarpa var 0,7 ár, í þeim hópi var einn sjúklingur sem lést innan 30 daga frá aðgerð.

**Ályktanir:** 1) Frumkomin lifraræxli voru hlutfallslega algengari en vænta mátti. 2) Aðgerðir vegna frumkominna lifraræxla gáfu góðan árangur. 3) Aðgerðir vegna meinvarpa voru ekki eins árangursríkar. 4) Blæðing í aðgerðum var meiri heldur en ásættanlegt þætti nú á dögum.

## E 07 Sigrumst á sýklasótt – The surviving sepsis campaign

Gísli H. Sigurðsson

Svæfinga og gjörgæsludeild, Landspítali og læknadeild Háskóla Íslands

gislihs@landspitali.is

**Inngangur:** Sepsis, eða sýklasótt á íslensku, er flókið sjúkdómsástand sem erfitt er að skilgreina, greina og meðhöndla. Þetta kallast ekki sjúkdómur heldur klínískt ástand (syndrome) sem getur tekið á sig ótal myndir og er orsakað af ónæmissvari líkamans við alvarlegri sýkingu. Ef ástandið þróast yfir í alvarlega sýklasótt (severe sepsis) eða sýklasóttarlost (septic shock) fer að bera á truflunum á einu eða fleiri líffærafurum (fjöllíffærabilun), sem leiðir oftast til dauða ef ekkert er að gert. Klínísk mynd getur verið fjölbreytt og mismunandi eftir sjúklingum og erfitt að sjá fyrir þróun ástandsins í hverju tilfalli.

**Algengi sýklasóttar og dánartölur:** Klínískur gangur sýklasóttar getur verið hraður, einkennin fjölbreytileg og ástandið leitt til

dauða á skömmum tíma. Sjúklingar með alvarlega sýklasótt eða sýklasóttarlost deyja í um 30% tilvika innan mánaðar frá greiningu og um helmingur innan sex mánaða.

Það deyja fleiri vegna alvarlegrar sýklasóttar en vegna krabbameins í lungum, brjósti og ristli samanlagt. Þetta er því ein algengasta dánarorsök sjúklinga á gjörgæsludeildum í dag.

Tilfellum með alvarlega sýklasótt hefur fjölgað á undanföllum árum og talið að þeim eigi eftir að fjölga um 1,5% á ári, að minnsta kosti næstu 20 árin. Þetta mun leiða til einnar milljónar tilfella á ári í viðbót í Bandaríkjunum árið 2020. Þetta mun ekki eingöngu auka fjölda þeirra sem látast í alvarlegri sýklasótt, heldur einnig leggja gífurlegar fjárhagslegar álgur á heilbrigðiskerfið.

Fjölgun tilfella á sér margar skýringar: aukið sýklalyfjaónæmi, aukin notkun á ífarandi aðferðum við greiningu og meðferð sjúkdóma, aukinn fjöldi einstaklinga sem lifa lengi með langvarandi sjúkdóma sem hafa hamlandi áhrif á ónæmiskerfið, mikil aukning á fjölda aldraðra í samfélaginu. Aldraðir eru í aukinni hættu þar sem þeir eru veikari fyrir sýkingum almennt vegna aldurs. Þeir eru auk þess oft með langvarandi sjúkdóma, eru oftast útsettir fyrir ífarandi aðferðum og vandamálum sem tengjast því að þeir vistast á stofnunum.

**Átak um meðferð við sýklasótt:** Á síðastliðnu ári tóku ellefu alþjóðleg samtök lækna, með evrópsku og amerísku gjörgæslulæknasamtökin í broddi fylkingar, sig saman um að stofna til átaks um bættu meðferð við sýklasótt. Þau settu sér það markmið að lækka dánartíðni sýklasóttar um fjórðung á næstu fimm árum. Samtökin halda því fram að þetta sé mögulegt ef sú þekking er nýtt sem þegar liggur fyrir í dag. Hluti af þessu átaki var að gefa út leiðbeiningar um meðferð á sýklasótt sem hafa nýlega verið staðfærðar og gefnar út á íslensku (Læknablaðið 2004; 90: 855-60). Þessar leiðbeiningar sem voru unnar af fjölda sérfræðinga eru byggðar á gagnrýndri læknisfræði eins og kostur er. Lögð var áhersla á eftirfarandi þætti: (1) Heilbrigðisstarfsmenn þurfa að vera vakandi gagnvart fyrstu einkennum sýklasóttar og hraða greiningu eins og mögulegt er – þar með talið töku sýna til sýklaræktana. (2) Gefa sýklalyf jafnskjótt og ræktunarsýni hafa verið tekin. (3) Halda uppi fullnægjandi blóðþrýstingi og hjartaútfalli með hraðri vökvagjöf og lyfjum ef með þarf. (4) Vöktun á súrefnismettun miðbláæðablóðs. (5) Fjarlægja eða draga úr sýkingarorsök til dæmis tæma kýli eða draga út sýktan æðalegg þegar það á við.

Annar mikilvægur þáttur í átakinu er að kynna mikilvægi sýklasóttar fyrir heilbrigðisstarfsmönnum þannig að þeir séu betur í stakk búnir til að þekkja snemmbúin einkenni og bregðast rétt við. Einnig er lögð áhersla á að kynna vandamálið almenningsi og stjórnmálamönnum þannig að aukin áhersla verði lögð á fyrirbyggjandi aðgerðir og rannsóknir á komandi árum.

## E 08 Krabbamein í blöðruhálskirtli; hversu langur tími leið frá greiningu til dauða þeirra sem létust úr sjúkdómnum 1995-2000?

Einar F. Sverrisson<sup>1</sup>, Eiríkur Jónsson<sup>1</sup>, Guðríður Ólafsdóttir<sup>2</sup>, Jón Gunnlaugur Jónasson<sup>1,2</sup>

<sup>1</sup>Pvagfæraskurðlækningadeild Landspítala, <sup>2</sup>Krabbameinsskrá Krabbameinsfélags Íslands

[einarsv@landspitali.is](mailto:einarsv@landspitali.is)

**Tilgangur:** Að kanna tímalengd frá greiningu til dauða hjá karlmönnum sem létust úr krabbameini í blöðruhálskirtli árin 1995-2000.

**Inngangur:** Sjúkdómsgangur blöðruhálskirtilskrabbameins er oft á tíðum hægur og margir karlmenn látast með sjúkdómminn fremur en úr honum. Þó látast rúmlega 40 einstaklingar úr þessu meini árlega og meðgöngutími sjúkdóms þessara einstaklinga getur verið mjög breytilegur.

**Efniviður og aðferðir:** Frá Hagstofu Íslands fengust upplýsingar um alla karlmenn sem létust úr sjúkdómnum á sex ára tímabili. Þær upplýsingar voru samkeyrðar við Krabbameinsskrá Krabbameinsfélags Íslands til þess að kanna greiningardag og fá þannig hugmynd um tímalengd frá greiningu að dauða.

**Niðurstöður:** Alls létust 265 manns úr blöðruhálskirtilskrabbameini en 258 voru skráðir í Krabbameinsskrá KÍ. Meðalaldur við greiningu var 73,2 ár og meðaltími frá greiningu að dauða var tæplega fjögur ár (47 mánuðir). Hjá fimmtungi þessara karla var aðdragandinn lengri en sex ár (6-24 ár).

**Umræða:** Tími frá greiningu og að andláti karla sem látast úr krabbameini í blöðruhálskirtli er breytilegur og stundum mjög langur. Það vekur upp spurningar hvort koma megi í veg fyrir ótímabæran og á tíðum kvalafullan dauða af völdum þessa meins.

## E 09 Árangur 100 ósæðarlokuaðgerða á Landspítala frá því notkun lífrænna gerviloka án stoðgrindar hófst

Magnús Konráðsson<sup>1</sup>, Þórarinn Arnórsson<sup>1</sup>, Bjarni Torfason<sup>1,2</sup>

<sup>1</sup>Hjarta og lungnaskurðeild Landspítala, <sup>2</sup>Læknadeild Háskóla Íslands

[magnusko@simnet.is](mailto:magnusko@simnet.is)

**Inngangur:** Árið 2001 hófst notkun lífrænna loka án stoðgrindar, eða Freestyle-(FS)-loka, við ósæðarlokuskipti á Landspítala. Blóðflæði um þær er talið eðlilegra en í lokum með stoðgrind og ending því betri. Ísetning þeirra krefst þó lengri aðgerðartíma. Hér hafa þær verið notaðar í sem flestum tilfellum eftir því sem við á. Meta má áhættu á dauða innan 30 daga frá hjartaskurðaðgerð með stöðluðu áhættumati „logistic Euroscore“ (EU). Markmið rannsóknarinnar var að meta skammtímaárangur ósæðarlokuaðgerða á Landspítala út frá skurðdauða og hvort val á lokum væri ásættanlegt.

**Efniviður og aðferðir:** Farið var yfir sjúkraskrár fyrstu 100 sjúklinganna sem fóru í ósæðarlokuskipti eftir að notkun FS-loka hófst. Útilokaðir voru sjúklingar sem fóru jafnframt í stórar aukaaðgerðir, til dæmis míturloku. Ýmsir forspárþættir skurðdauða voru athugaðir, EU reiknað og dánartíðni.

**Niðurstöður:** Alls uppfylltu 100 einstaklingar þátttökuskilyrði, 65 karlar og 35 konur. Af þeim fengu 76 einstaklingar FS-loku, átta fengu „Carpentier-Edwards“ (CE) lífræna loku með stoðgrind,

13 „Carbomedics“ (CM) gerviloku en tveir fóru í Ross aðgerð og tveir í aortulokuvíðgerð. Aldursdreifing þeirra sem fengu FS- og CE-loku var svipuð (meðalaldur 74 vs. 76 ára), en þeir sem fengu CM voru yngri (53 ára,  $p < 0,001$ ). Heildardánartíðni var 9% (nínu manns), sem var svipað og spáð gildi með EU, og voru sjö af þessum níu í efsta þriðjungi EU-gilda. Fimm dóu hjartadauða en fjórir af öðrum orsökum. Ekki var marktækur munur milli þeirra sem fengu FS eða CE hvað EU og dánartíðni varðar en FS-aðgerðir tóku lengri tíma en CE-aðgerðir.

**Umræða:** Árangur ósæðarlokuaðgerða á Landspítala er ásættanlegur með tilliti til 30 daga dánartíðni frá aðgerð eða í samræmi við þá dánartíðni sem „logistic Euroscore“ spáir fyrir um.

## E 10 Spinal epidural lipomatosis – sjúkratilfelli

Margrét Jensdóttir<sup>1</sup>, Garðar Guðmundsson<sup>1</sup>, Kristbjörn I. Reynisson<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Heila- og taugaskurðeild, <sup>2</sup>Röntgendeild Landspítala Fossvogi

[margjens@landspitali.is](mailto:margjens@landspitali.is)

**Inngangur:** Spinal epidural lipomatosis (SEL) er sjaldgæft fyrirbæri sem sést helst við langtíma sykursterameðferð eða Cushing's sjúkdóm en hefur einnig verið lýst hjá offitusjúklingum. Þá eru nokkur dæmi þess af alls óþekktum orsökum. Fituvefssöfnun í mænugangi getur valdið þrýstingi á mænusekk eða taugarætur með umtalsverðum einkennum sem geta verið alvarleg og þarfnast bráðaaðgerðar.

**Tilfelli:** Sjúklingur með þverlömun. Gert var þynnunám á brjóst-hrygg til að létta á þrýstingi. Við aðgerð fannst mikil fitusöfnun en ekki önnur skýring á þrengingu að mænusekk. Annar sjúklingur greindist á CT/MR en hafði minni einkenni sem þurfti ekki aðgerðar við.

**Umræða:** Fjallað nánar um þennan sjaldgæfa en alvarlega fylgikvilla sterameðferðar. Ráðleggingar um greiningu og meðferð.

## E 11 Staðbundin endurkoma krabbameins í endaparmi

Kristín Ólína Kristjánsdóttir<sup>1</sup>, Páll Helgi Möller<sup>2</sup>, Tómas Jónsson<sup>2</sup>, Jakob Jóhannsson<sup>3</sup>, Tryggvi Stefánsson<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Læknadeild Háskóla Íslands, <sup>2</sup>skurðlækningadeild og <sup>3</sup>krabbameinsslækn-ingadeild Landspítala

[pallm@landspitali.is](mailto:pallm@landspitali.is)

**Inngangur:** Nýgengi endaparmskrabbameins er 6,2 á 100 þúsund íbúa á ári á Íslandi. Skurðaðgerð er eina læknanlega meðferðin og staðbundin endurkoma er alvarlegasti síðkomni fylgikvillinn. Viðbótar meðferð er gefin með geislum og lyfjum og lækkar það tíðni staðbundinnar endurkomu verulega, samkvæmt niðurstöðum úr sænskri rannsókn. Þar sem sérhæfð teymi hafa tekið yfir meðferðina hefur tíðni endurkomu lækkað úr 20-30% niður í 5-10%. Staðbundin endurkoma á krabbameini í endaparmi eftir læknanlega aðgerð var 23% á tímabilinu 1987-1997 á sjúkrahúsunum í Reykjavík. Árið 1995 varð breyting á meðferð við endaparmskrabbameini í Reykjavík, farið var að beita geislameðferð reglubundið fyrir skurðaðgerðir og aðgerðir færðust á færri hendur. Einnig varð algengara að gera aðgerð með fullkomnu brotnámi á endaparmshengju (Total Mesorectal Excision).



Tilgangur rannsóknarinnar var að kanna árangur skurðaðgerða vegna krabbameins í endaparmi í Reykjavík á sjö ára tímabili með sérstöku tilliti til staðbundinnar endurkomu sjúkdómsins.

**Efniviður og aðferð:** Fenginn var listi yfir sjúklinga með greiningarnúmerin 154.x (ICD 9), C18, C19 og C20 (ICD 10) á tímabilinu 1995 til 2001. Fundnir voru þeir sjúklingar sem greinst höfðu með kirtilfrumukrabbamein í endaparmi og farið í læknanlega aðgerð á sjúkrahúsi í Reykjavík á þessu tímabili. Upplýsingar voru fengnar afturvirkir úr sjúkraskrá. Sjúklingum var fylgt eftir til loka árs 2003.

**Niðurstöður:** 110 sjúklingar gengust undir aðgerð í læknanlegum tilgangi á sjúkrahúsum í Reykjavík á tímabilinu 1995-2001. Af þeim fengu níu staðbundna endurkomu, eða 8,2%.

**Ályktun:** Núverandi rannsókn sýnir 8,2% tíðni á staðbundinni endurkomu. Árangur meðferðar við endaparmskrabbameini á sjúkrahúsum í Reykjavík á árunum 1995-2003 er sambærilegur við besta árangur sem náðst hefur erlendis þar sem sérhæfð teymi sinna meðferðinni.

## E 12 Vandamál tengd utanbastsdeygingu sem notuð er til verkjameðferðar hjá fæðandi konum árið 2004

**Aðalbjörn Þorsteinsson,** Ástríður Jóhannesdóttir, Hildur Harðardóttir  
 Svæfinga- og gjörgæsludeild, kvennadeild Landspítala  
[adalbjn@landspitali.is](mailto:adalbjn@landspitali.is)

**Inngangur:** Utanbastsdeyging er meðal annars notuð til verkjameðferðar hjá fæðandi konum. Aftursæ rannsókn sýndi að tíðni alvarlegra fylgikvilla (sýkingar, blæðingar og skemmdir í miðtaugakerfi) hjá fæðandi konum var 1:25 000. Önnur framsæ rannsókn kannaði minna alvarlega fylgikvilla. Tíðni hárrar deygingar var 1:5149. Tíðni taugabilana til neðri hluta líkamans var 1:2846. Ekki var greint á milli bilana orsakaðra af fæðingunni eða inngrípum annars vegar og deygingarinnar sjálfrar hins vegar. Þessar truflanir ganga nánast alltaf til baka. Langalgengasti fylgikvilli er höfuðverkur vegna leka á mænuvökva sem orsakast af því að gat kemur á bast. Tíðni var í einni rannsókn 1:176 og er það svipað og flestir aðrir finna.

**Efniviður:** Fjöldi fæðinga á Fæðingadeild Landspítalans á síðasta ári var 2724. Utanbastsdeygingu fengu 916 konur, eða 33,6%. Gerð er grein fyrir fylgikvillum sem sáust 2004.

**Niðurstöður:** Sex sinnum varð götun á basti (1:153), fjórum sinnum örugg og tvisvar rökstuddur grunur. Hjá þessum konum þurfti þrisvar að leggja blóðbót vegna höfuðverkjar. Auk þess var lögð ein blóðbót hjá sjúklingi þar sem enginn grunur var um götun á basti. Þann sjúkling var erfitt að deyfa og stungið oft. Nokkur tilvik urðu vegna deygingar sem lenti í mænuvökva. Venjulega dofna þá konan meira en búast má við af prufuskammtinum, í eitt skipti var leggur viljandi þræddur eftir mænu (spinalt) eftir að nálin gataði bastið. Þessar konur fá skiljanlega góða verkjameðferð og gengu fæðingar að öðru leyti eðlilega fyrir sig. Eitt tilfelli var alvarlegast, þar var deyging svo kröftug að blóðþrýstingsfall olli hægum hjartslætti hjá barninu og gera þurfti bráðakeisara.

**Ályktanir:** Miðað við það sem sagt var að framan um háar deygingar má vænta þess að sjá þennan fylgikvilla á 7-8 ára fresti. Tíðni götunar á basti er svipuð því sem gerist annars

staðar. Þrjár af þeim fjórum konum þar sem götun á basti var örugg þurftu blóðbót. Það er sama hlutfall og aðrir hafa fundið. Almenn lág tíðni fylgikvilla og aðeins um 900 deygingar á ári gerir það að verkum að ársyfirlit gefur í besta falli ábendingar um gæði meðferðar. Þörf er á siskráningu fylgikvilla og reglulegu uppgjöri þeirra yfir lengra tímabil til að meta árangur og fylgikvilla meðferðar.

## E 13 Drepmyndandi fellsbólga (Necrotising fasciitis) vegna keðjukokka A hóps. Alvarlegt sjúkratilfelli með giftusamlegri útkomu

**Björn Geir Leifsson** skurðlæknir, Ólafur Guðlaugsson smitsjúkdómalæknir  
[bjorngl@landspitali.is](mailto:bjorngl@landspitali.is)

**Inngangur:** Drepmyndandi fellsbólga (DF; e.: Necrotizing fasciitis) er lúmskt og hættulegt sjúkdómsástand þar sem úteiturmyndandi bakteríuvöxtur veldur staðbundnu vefjadrepi sem breiðist hratt út. Ýmist er um einn bakteríustofn (keðjukokkar, snældugerlar) að ræða eða fleiri samverkandi. Ástandið getur komið upp við sýkingu á sárum eftir skurðaðgerð eða slys en einnig út frá sakleysislegum smásárum eða húdígerðum, svo sem kringum endaparm og ytri kynfæri.

**Sjúkrasaga:** Tæplega fertug, áður hraust kona vaknaði að morgni með „bólú“ á vinstra þjóhnappi. Um hádegi fann hún fyrir „flensueinkennum“ með köldu og um nóttina elnaði sóttin verulega. Hún fann fyrir vaxandi aumri bólguhellu á þjóhnappi. Næsta morgun var hún fárveik og í losti. Við komu á sjúkrahús sást stór roðahella kringum litla graftarígerð á miðjum þjóhnappi og aðliggjandi húð var byrjuð að dökkna. Blóðfylltar blöðrur mynduðust og á fáum klukkustundum sást hröð aukning á þessum útlitseinkennum. Á leið á sjúkrahús þurfti blóðþrýstingsstuðning með lyfjum og blóðrýmisaukandi vökva. Nýrnastarfsemi var minnkuð. Öndun og meðvitund voru án athugasemda.

**Meðferð:** Strax eftir komu var gefin fjölylfja sýklameðferð og lostmeðferð. Í svæfingu var fjarlægð handarstórt svæði sýktrar, líflausrar húðar og undirhúðar út í blæðandi vef. Grams litun sýndi mikið af keðjukokkum og ræktun leiddi í ljós mikinn vöxt beta-rauðaleysandi klasakokka af A hóp. Eftir sýklagreiningu var sýklalyfjameðferðinni breytt í penisillín og clindamycín eingöngu. Næstu daga fór almennt ástand konunnar hægt batnandi. Röði fór fyrst vaxandi en síðan þverrandi í umliggjandi svæðum. Við daglegar skiptingar þurfti ekki að fjarlægja nema lítilsháttar dauðan vef til viðbótar og drepið breiddist ekki til dýpri vefja eða vöðva. Hún gat útskrifast á almenna deild á fimmta degi. Þegar sárið var byrjað að holdfyllast var þunn húð var flutt á það. Ef til vill þarf að lagfæra svæðið síðar með þjóflpaviðgerð.

**Umræða:** Dánartíðni DF er almennt talin um 25%. Ef sýkla-blæðislost og nýrnabilun fylgir er dánartíðni allt að 70%. Helmingur DF tilfella sem orsakast af keðjukokkum verða hjá áður frískum einstaklingum. Talið er að sterkt úteitur sumra bakteríustofna orsaki æðalokun og vefjadauða sem kemur af stað DF. Sérstaklega munu sumir stofnar keðjukokka vera hættulegir og í fjölmiðlum hafa hugtökin „kjötetubaktería“ eða „drápsýskill“ komið upp.

Mikilvægt er að vera á varðbergi við hvers kyns sýkingar og bregðast fljótt og ákveðið við þegar grunur um DF vaknar. Einkennin eru helst: Hraður sjúkdómsgangur, mikil almenn sýklablæðiseinkenni, miklir verkir, léleg svörun við meðferð og meiri einkenni en staðbundið útlit sýkta svæðisins gefur tilefni til að ætla.

#### E 14 Alvarleg öndunarbilun (ARDS) meðhöndluð með gervilunga knúíð af blóðþrýstingi – sjúkratilfelli

Sigurbergur Kárason<sup>1</sup>, Hrólfur Einarsson<sup>1</sup>, Bjarni Torfason<sup>2</sup>, Kristinn Sigvaldason<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Svæfinga- og gjörgæsludeild Landspítala Fossvogi, <sup>2</sup>hjarta- og lungnaskurðeild Landspítala Hringbraut

[skarason@landspitali.is](mailto:skarason@landspitali.is)

**Inngangur:** Sýnt hefur verið fram á að „lungnaverndandi“ öndunarvélar meðferð bætir horfur sjúklunga með ARDS. Fordæst ber of háan innöndunarþrýsting til að draga úr þrýstings/rúmmálsáverkum (baro/volutrauma) og of lágan útöndunarþrýsting til að hindra samfallsáverka (atelectrauma). Slík öndunarvélar meðferð samfara alvarlegum lungnasjúkdómi getur leitt til lítillrar andrýmdar og mikillar hækkunar á koltvísýrlingi (CO<sub>2</sub>) með blóðsýringu í kjölfarið. Hér er lýst meðferð á ARDS með gervilunga, knúíð af blóðþrýstingi sjúklingsins til að lækka CO<sub>2</sub>.

**Aðferðir:** Upplýsingar fengnar úr sjúkraskrá.

**Niðurstöður:** Sjúklingurinn var 55 ára gömul kona með sýklasóttarlost af völdum klasasýkla og ARDS. Hefðbundin öndunarvélar meðferð var hafin strax við innlög og síðar sama dag meðferð með hátíðniöndunarvél. Átján dögum eftir komu var blóð viðvarandi súrt (pH 7,1) vegna hækkads CO<sub>2</sub> (120 mmHg) og blóðþrýstingur lágur. Var þá hafin meðferð með gervilunga, Novalung® sem tengt var milli náraslagæðar og nárabláæðar án blóðdælu. Við þetta lækkaði CO<sub>2</sub> úr 110 mmHg niður í 60 mmHg á 15 mínútum og niður í 45 mmHg á 60 mínútum. Blóðþrýstingur hækkaði samstundis og hægt var að lækka verulega öll æðavirklyf. Gervilungað var aftengt 12 dögum síðar án fylgikvilla og sjúklingurinn var þá kominn á hefðbundna öndunarvél. Einungis var þörf á vægri blóðþynningu á meðan meðferð með gervilunganu stóð. Sjúklingurinn var á hægum batavegi þegar hún fékk óvænt heilablæðingu 39 dögum eftir innlög og lést degi síðar.

**Umræða:** Ástand sjúklings batnaði hratt um leið og gervilungað var tengt og leiðréttist blóðsýringin á mjög stuttum tíma. Meðferð með gervilunga án blóðdælu hlýtur að teljast vænlegur kostur við meðferð sjúklunga með einangraða öndunarbilun. Þetta er í fyrsta skipti sem slíkri meðferð er beitt á Norðurlöndum.

#### E 15 Þróun slysa í 30 ár

Brynjólfur Mogensen

Landspítali, Háskóli Íslands, Slysavarnaræð

[brynjolf@landspitali.is](mailto:brynjolf@landspitali.is)

**Inngangur:** Um 55 þúsund manns slasast á hverju ári. Flestir jafna sig en alltof margir slasast mikið og ná ekki fullum bata.

Árlegur kostnaður mælist í tugum milljarða. Markmið rannsóknarinnar var að kanna þróun slysa í Reykjavík síðastliðin 30 ár.

**Efniviður og aðferðir:** Skoðuð voru gögn allra lögskráðra Reykvíkinga sem komu með áverka eftir slys á slysa- og bráðadeild Landspítala og þeirra sem lögðust inn á árunum 1974 til og með 2003. Tölur eru aldurs- og kynstaðlaðar.

**Niðurstöður:** Á 30 ára tímabili fækkaði mikið slysum og innlögnum vegna slysa. Fækkun var 35% hjá körlum og 21% hjá konum. Mest varð fækkun slysa hjá börnum. Fækkun slysa var hjá körlum í öllum aldursflokkum nema hjá 75 ára og eldri, þar var aukning á slysum um 10%. Hjá konum var almennt minni fækkun slysa en hjá körlum og aukning hjá 75 ára og eldri um 28%. Slösuðum körlum í umferðarslysum fækkaði um 2% vegna mikillar fækkunar slysa í aldursþópnum 0-4 ára, eða 61%, 5-14 ára um 55% og hjá 75 ára og eldri 35%. Hjá konum fjölgaði umferðarslysum í heildina um 67% þrátt fyrir mikla fækkun hjá stúlkum 0-4 ára, eða 82%, og 42% hjá 5-14 ára. Á sama tíma hefur orðið mikil aukning á fjölda hálstognana í umferðarslysum hjá báðum kynjum. Innlögnum karla úr öllum slysum fækkaði um 36% en jókst hjá 75 ára og eldri um 43%. Hjá konum varð aðeins 3% fækkun innlagna úr slysum á tímabilinu, aðallega vegna 74% hækkunar hjá 75 ára og eldri. Innlögnum karla og kvenna úr umferðarslysum fækkaði um 50% og ennþá meira hjá börnum 0-14 ára.

**Ályktun:** Jákvað þróun hefur átt sér stað og slysum hefur fækkað mikið þegar á heildina er litið. Fjölgun slysa hjá elstu borgurunum er áhyggjuefni. Alvarlega slösuðum úr umferðarslysum hefur fækkað um helming hjá konum og körlum en lítið slösuðum hefur fjölgað, aðallega vegna hálstognunar. Slysum barna hefur fækkað mest, og þá sérstaklega alvarlega slösuðum börnum í umferðinni.

#### E 16 Smásjáraðgerðir vegna brjóskloss í mjóbaki. Árangur fyrstu aðgerða á heila- og taugaskurðeild – 20 ára eftirfylgni

Margrét Jensdóttir, Bjarni Hannesson, Kristinn Guðmundsson, Garðar Guðmundsson

Heila- og taugaskurðeild, Landspítala Fossvogi

[margjens@landspitali.is](mailto:margjens@landspitali.is)

**Inngangur:** Fyrstu smásjáraðgerðir við brjósklosi í mjóbaki voru framkvæmdar á Íslandi 1981 en þessi aðgerðartækni telst nú hefðbundin skurðmeðferð við brjósklosi. Niðurstöður úr rannsóknum á árangri þessara aðgerða eru mjög misjafnar og fáar rannsóknir byggja á meira en 10 ára eftirliti. Tilgangur þessarar rannsóknar var að kanna langtímaárangur þessara aðgerða.

**Efniviður og aðferðir:** Afturskyggn rannsókn á öllum sjúklungum sem gengust undir smásjáraðgerð frá 1. júní 1981 til 31. desember 1984. Árangur var metinn út frá tíðni endurkomu sjúkdóms, hæfni til vinnu og ánægju sjúklings. Spurningalistar voru sendir til þátttakenda og þeim fylgt eftir með símaviðtali auk þess sem farið var yfir sjúkraskrár.

**Niðurstöður:** 170 sjúklingar gengust undir aðgerð á tímabilinu og tóku 134 (78,8%) þátt í rannsókninni. Ábending fyrir aðgerð: bakverkur með rótarverk 80,6%, rótarverkur 14,9%, bakverkur

1,5%. Eftirfylgni var 20,7 ár (19,5-22,8). Tíðni endurkomu var 12,7% (brjós-klos á sama liðbili, sömu megin). 13,4% gengust undir aðgerð á mjóbaki á öðru liðbili. Meirihluti fólks, 80,5%, snéri aftur til fyrri vinnu en 20,9% misstu starfsgetu að hluta eða öllu leyti. Langflestir, 91%, voru ánægðir með árangurinn (mjög góður árangur: 68,7% og góður: 22,4%). 5,2% sjúklinga mátu árangurinn lítinn og 3,7% engan. 7,1% kvenna taldi árangurinn lítinn sem engan borið saman við 1,3% karlanna. Það var ekki marktækur munur á mati árangurs hjá þeim sem fengu endurteknið brjós-klos eða fóru aftur í aðgerð borið saman við hina.

**Ályktun:** Árangur telst góður þar sem 80% snéru aftur til fyrri starfa og 91% voru ánægðir með batann. Endurtekið brjós-klos á sama stað sást hjá 12,7% fólks og kom í flestum tilvikum allt að 10-20 árum eftir upphaflega aðgerð. Endurkoma brjós-kloss áratugum síðar hafði lítill áhrif á mat sjúklings á aðgerð. Smá-sjáraðgerðir við brjós-klosi í mjóbaki gefa mjög góðan árangur þegar til langs tíma er litið.

### E 17 Staðdeyging við ómstýrðar sýnatökur frá hvekk

**Guðmundur Geirsson,** Sólveig Einarsdóttir  
Læknastöðin Glæsibæ  
[gug@landspitali.is](mailto:gug@landspitali.is)

Fjöldi sýnataka frá hvekk hafa farið stöðugt vaxandi hér á landi á síðustu árum. Hingað til hafa slíkar sýnatökur verið gerðar án deyfingar. Sýnt hefur verið fram á að >90% sjúklinga upplifa meðal til slæma verki við aðgerðina (1). Nýlegar erlendar rannsóknir hafa sýnt að deyfing um endaparm með lídókaín (2) og búbívakaín (3) hefur gefið góða raun við að minnka eða slá út verki við aðgerðina. Markmið með þessarar rannsóknar var að kanna áhrif búbívakaín deyfingar við sýnatökur frá hvekk.

**Efniviður og aðferð:** Annar hver sjúklingur sem kom í sýnatöku á tímabilinu október 2004 - janúar 2005 fékk staðdeygingu með 0,25% búbívakaín, þynnt til helminga með saltvatni. Með sjúkling í vinstri hliðarlegu var notaður ómhaus um endaparm til að meta og mæla hvekk. Notuð var 22G og 18 cm löng mænunál (spinal) sem í voru sprautaðir 4 ml af deyfingarblöndu milli hvekk og sáðblöðru sitt hvoru megin. Tekin voru 6-10 ómstýrð sýni frá hvekk. Alls komu 22 sjúklingar og fékk helmingur þeirra deyfingu. Allir voru beðnir um að lýsa verk við ástungurnar miðað við skala frá 0-10 þar sem 0 var „enginn verkur“ og 10 var „versti verkur sem þeir höfðu upplifað“.

**Niðurstöður:** Meðalstigagjöf í deyfingarhópnum var 1,9 og 5,2 hjá þeim sem enga deyfingu fengu ( $p < 0,001$ ) (sjá töflu).

Hópur	N	meðalaldur	fjöldi sýna/ sjkl.	verkja- stigun	P*
Búbívakaín deyfing	11	65.4 (36-82)	7.4 (6-10)	1.9 (0-5)	0.001
Engin deyfing	11	65.7 (50-73)	6.8 (6-8)	5.2 (1-8)	

\*Mann-Whitney Rank Sum Test

**Ályktun:** Staðdeyging með búbívakaín gefur skjóta og marktæka deyfingu hjá sjúklingum sem fara í ómstýrða sýnatöku á hvekk. Hugsanlega mætti auka deyfingarhrif með að nota sterkari blöndu lyfs.

### Heimildir

1. Zisman et al. J Urol 2001; 165: 445-54.
2. Leibovici et al. J Urol 2002; 167: 563-5.
3. Rabets et al. BJU International; 93; 1216-7.

### E 18 Neyðarsímsvörun 112 árið 2004

**Gísli E. Haraldsson<sup>1</sup>,** Bergur Stefánsson<sup>1</sup>, Birgir Finnsson<sup>2</sup>, Guðmundur Jónsson<sup>2</sup>, Jón Magnús Kristjánsson<sup>1</sup>, Kristinn Guðmundsson<sup>3,4</sup>, Þórhallur Ólafsson<sup>4</sup>, Brynjólfur Mogensen<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Slysa- og bráðasvið Landspítala, <sup>2</sup>Slökkvilið höfuðborgarsvæðisins, <sup>3</sup>Verkfræðistofan Hnít hf., <sup>4</sup>Neyðarlínan

[gislihar@landspitali.is](mailto:gislihar@landspitali.is)

**Inngangur:** Neyðarlínan tók til starfa 1. janúar 1996 í samræmi við lög um neyðarsímsvörun frá 1995. Þjónustan hefur aukist mikið og ný verkefni bætast stöðugt við, nú síðast tilkynningar um barnaverndarmál. Markmið rannsóknarinnar var að kanna umfang Neyðarlínu árið 2004 með áherslu á fyrstu viðbrögð heilbrigðis- og sjúkraflutningsaðila á höfuðborgarsvæðinu.

**Efniviður og aðferðir:** Upplýsingar voru fengnar úr gagnabanka Neyðarlínu fyrir árið 2004.

**Niðurstöður:** Innhringingar í 112 voru samtals 312.775 og meðalsvartími 3,6 sekúndur. Óskað var meðal annars eftir: aðstoð lögreglu 82.664, sjúkraflutningi 21.390, aðstoð slökkviliðs 3719, aðstoð læknis 2704. Þá voru tilkynningar um ýmis slys 4586, slitin símtöl 107.359 og aðrar innhringingar 90.353. Önnur símtöl skiptust í opinn farsíma 18.854, símaat 5180, 2276 ætluðu að hringja í 118 og björgun á sjó 213. Innhringingar um barnaverndarmál voru 589.

Sjúkraflutningar á landinu voru samtals 25.919, þar af voru 20.375 á höfuðborgarsvæðinu og 5044 úti á landi. Á höfuðborgarsvæðinu var forgangur (F) 1 í 29% tilvika, 8% í F2, 21% í F3 og 42% í F4. Í F1 útköllum voru heilbrigðis- og sjúkraflutningsaðilar mættir á staðinn frá því svarað var hjá 112 í 76% tilvika á innan við átta mínútum og í 91% tilvika innan 10 mínútna. Í forgangi I á höfuðborgarsvæðinu voru innhringingar í 112, meðal annars vegna hjartavandamála 1016, meðvitundarmissis 433, krampa 372, slysa 359 og öndunarerfiðleika 179.

**Ályktun:** Innhringingar í 112 eru mjög margar og beðið um margvíslega aðstoð. Neyðarsímsvörun og viðbragð heilbrigðis- og sjúkraflutningsaðila í forgangi 1 er góð á höfuðborgarsvæðinu. Mikið er um slitin símtöl, opna farsíma og símaat. Við teljum að meiri fræðsla og aukið gæðaeftirlit muni gera góða þjónustu ennþá betri.

### E 19 Samanburður á tveimur aðferðum við að kæla sjúklinga eftir hjartastopp

**Steinnar Björnsson,** Felix Valsson  
Svæfinga- og gjörgæsludeild Landspítala  
[steinarr@landspitali.is](mailto:steinarr@landspitali.is)

**Tilgangur:** Erlendar rannsóknir og rannsókn framkvæmd á Landspítala<sup>1,2</sup> hafa sýnt að svokölluð ytri kæling (kaldur blástur, ísbakstrar) er mjög seinvirk. Dýratilraunir hafa sýnt fram á að hröð kæling bæti horfur. Því vildum við bera saman nýja aðferð, svokallaða innri kælingu, við hefðbundna ytri kælingu.

**Efniviður og aðferðir:** Rannsóknin var framsýn slembirannsókn þar sem 26 sjúklingum var skipt í tvo hópa (ytri kælingu og innri kælingu). Í ytri kælingahópnum var notaður kaldur blástur og íspokar til að kæla sjúklingana. Í innri kælingarhópnum fengu sjúklingarnir 2-2,5 l af 4°C Ringer Acetat á ½-1 klukkustund. Eftir það var settur bláæðaleggur (Icycath) i v. femoralis og þess leggur tengdur við sérstaka kælivél (Coolgard). Fylgst var síðan með hraða kælingar, aukaverkunum og afdrifum sjúklinganna og í hvaða ástandi þeir voru eftir sex mánuði. Þar var notaður svokallaður GOS kvarði (Glasgow outcome scale 1=látin, 2=meðvitundarlaus/lítill, 3=mikil skerðing 4=væg skerðing, 5=engin skerðing). Ekki urðu neinar alvarlegar aukaverkanir við kælimeðferðunum (blæðingar, sýkingar, hjartsláttartruflanir). Allur hópurinn, 22 sjúklingar, var síðan borinn saman við sögulegan samanburðarhóp 30 sjúklinga sem lágu á gjörgæsludeild Landspítala árið 2001 eftir hjartastopp.

	Innri kæling n=11	Ytri kæling n=11	students t-test
Kyn (karlar)	73%	73%	n.s.
Aldur	54,6	68,3	p<0,05
Taktur fyrir endurlífingun (sleglatif)	82%	91%	n.s.
Tími að endurlífingun (mínútur)	3,2 (0-15)	4,5 (0,5-8)	n.s.
Tími þar til blóðrás er komin á (mínútur)	13,9	17,0	n.s.
Tími þar til kæling hefst (klukkustundir)	2,8	2,5	n.s.
Tími að lægsta hitastigi (klukkustundir)	6,9	16,3	p<0,001
Afdrif við útskrift frá sjúkrahúsi:			
Heim	7 (64%)	7 (64%)	n.s.
Endurhæfing	1 (9%)	2 (18%)	n.s.
Langlegudeild	0 (0%)	1 (9%)	n.s.
Dáinn	3 (27%)	1 (9%)	n.s.

**Niðurstöður:** Tafla I sýnir helstu niðurstöður. Hringt var í sjúklinga þegar sex mánuðir eða meira voru liðnir frá hjartastoppi. Eftir þessi samtöl voru sjúklingar metnir á GOS kvarðanum. Sjö sjúklingar í innri kælingarhópnum voru einkennalausir (70%) (GOS 5), þrír voru látnir. Í ytri kælingarhópnum voru átta (73%) einkennalausir, tveir látnir og einn alvarlega skertur (COS 3). Afdrif hópsins í heild (innri og ytri kæling) var mun betri, 77% miðað við 28% árið 2001 (p<0,001 Mann-Whitney test)

**Ályktun:** Innri kælingin var mun hraðvirkari en ytri kæling. Afdrif sjúklinga í báðum hópum (n=22) eru mun betri en þegar sjúklingar voru ekki kældir 2001. Þó að fleiri sjúklingar lifi af hjartastopp nú en áður kæling hófst hefur ekki orðið aukning á lifandi sjúklingum sem eru illa farnir með tilliti til heilaskaða, aðeins einn sjúklingur af þessum 22 er með GOS skala 3 (mikil skerðing).

**Heimildir**

1. The Hypothermia after Cardiac Arrest Study Group. Mild Therapeutic Hypothermia To Improve The Neurologic Outcome After Cardiac Arrest. N Engl J Med 2002; 346: 549-56.
2. Björnsson S, Valsson F. Áhrif kælingar á einkenni frá heila eftir hjartastopp. Læknablaðið 2004; 90: 9.

**E 20 Krabbamein í daus á Íslandi 1987-2003**

**Halla Viðarsdóttir**<sup>1,2</sup>, Páll Helgi Möller<sup>1,2</sup>, Jakob Jóhannsson<sup>3</sup>, Jón Gunnlaugur Jónasson<sup>1,4</sup>

<sup>1</sup>Læknadeild Háskóla Íslands, <sup>2</sup>skurðlækningadeild, <sup>3</sup>krabbameinslækningadeild Landspítala Hringbraut, <sup>4</sup>rannsóknastofa Háskólans í meinafræði

[pallm@lsh.is](mailto:pallm@lsh.is)

**Inngangur:** Krabbamein í daus (anal cancer) er sjaldgæfur sjúkdómur. Ekki hefur áður verið gerð úttekt á krabbameini í daus á Íslandi. Markmið þessarar rannsóknar var að lýsa krabbameini í daus á Íslandi síðustu 17 árin með tilliti til tíðni, vefjagerðar, meðferðar, endurkomu og lifunar.

**Efniviður og aðferðir:** Afturskyggn rannsókn var gerð á sjúklingum sem greindust með krabbamein í daus á Íslandi á árunum 1987-2003. Upplýsingar voru fengnar úr sjúkraskrá þessara einstaklinga. Vefjasýni frá öllum sjúklingunum voru fengin frá rannsóknarstofu Háskólans í meinafræði, vefjarannsóknastofunni Álfheimum 74 og meinafræðideild Fjórðungssjúkrahússins á Akureyri og þau skoðuð og endurmetin af reyndum meinafræðingi (JGJ).

**Niðurstöður:** Alls fundust 38 sjúklingar, 28 konur og 10 karlar. Meðalaldur þeirra var 63,4 ár (bil, 33-92). Aldursstaðlað nýgengi fyrir Ísland á rannsóknartímabilinu er 0,3 (+/-0,2) af hverjum 100.000 körlum en 0,9 (+/-0,4) af hverjum 100.000 konum. Flestir sjúklingarnir voru með flöguþekjukrabbamein (n=30) en aðrar vefjagerðir voru sortuæxli (n=3), kirtil-flöguþekjukrabbamein (n=1), kirtilfrumukrabbamein (n=1), GIST (n=1) og óþroskað þekjufromukrabbamein (n=2). Helstu einkenni voru blæðing frá endaparmi (n=27), fyrirferð (n=28), verkir (n=19) og kláði (n=4) og voru flestir sjúklingarnir með fleiri en eitt einkenni. Meðferð var lyfjameðferð (n=12), geislameðferð (n=25) og staðbundið brottnáam (n=18) og/eða APR (n=5). Einn sjúklingur fékk enga meðferð. Margir sjúklinganna fengu fleiri en eina meðferð (n=18). Tólf sjúklingar fengu endurkomu sjúkdóms. Sextán sjúklingar eru látnir, þar af 10 af völdum krabbameinsins. Fimm ára lifun fyrir þá sem greindust 1987-1998 var 75% í heildina en 82% ef einungis er tekið mið af þeim sem létust af völdum sjúkdómsins.

**Ályktanir:** Nýgengi krabbameins í daus er sambærilegt við það sem þekkist erlendis. Meðalaldur, kynjahlutfall og horfur svipað og þekkist annars staðar. Færri tilfelli af kirtilfrumukrabbameini virðast greinast hér en víða annars staðar.

**E 21 Meðferð vegna rofs á maga og skeifugörn á Landspítala 1999-2004**

**Steinnar Björnsson** deildarlæknir, Hjörtur G. Gíslason sérfræðingur

Skurðsviði Landspítala

[steinarr@landspitali.is](mailto:steinarr@landspitali.is)

**Inngangur:** Talsverð framför hefur orðið í bráðameðferð við rofi á maga og skeifugörn á undanförunum áratugum. Meðferð með kviðarholsjártækni hefur rutt sér til rúms á þessu sviði. Með þessari rannsókn var ætlunin að kanna árangur af meðferð við rofi á maga og skeifugörn á Landspítala á árunum 1999-2004 og meðal annars skoða hlutverk kviðarholsjártækni við bráðaaðgerðir.

**Efniviður og aðferðir:** Sjúkraskrár sjúklinga sem voru meðhöndl-



aðir vegna rofs á maga og skeifugörn á Landspítala á þessu tímabili voru skoðaðar með afturvirkum hætti. Upplýsingum var safnað um sjúklingahætti, þætti tengda aðgerð, legu og eftirfylgd.

**Niðurstöður:** X sjúklingar voru meðhöndlaðir á tímabilinu, 42/100 karlar og 58/100 konur. Meðalaldur var Y ár. Hjá þeim sem gengust undir aðgerð var tímalengd frá upphafi einkenna og þar til aðgerð hófst var að meðaltali 14 klukkustundir. 44/100 aðgerðanna var gerð með opnum hætti en 56/100 með kviðarholsjártækni. Meðallegutími var 10,3 dagar. Meðallegutími sjúklinga sem fóru í aðgerð með kviðarholsjártækni var 7,9 dagar, þeirra sem fóru í opna aðgerð 11,5 dagar.

**Ályktanir:** Kviðarholsjártækni hefur náð góðri fótfestu við bráðaskurðaðgerðir vegna rofs á maga og skeifugörn.

## E 22 Skráning vegna erfiðra barkaþræðinga í svæfingu

**Mikael S. Mikaelsson**, Gísli Vigfússon, Hjörtur Sigurðsson, Jón Sigurðsson  
Svæfinga- og gjörgæsludeild Landspítala Hringbraut

[mikaelsm@landspitali.is](mailto:mikaelsm@landspitali.is)

**Inngangur:** Óvænt erfið barkaþræðing er martröð hvers svæfingalæknis. Það er því mikilvægt að reyna að greina fyrirfram alla þá sjúklinga sem erfitt er að barkaþræða. Ýmsar leiðir eru til að meta þetta vandamál. Fyrri saga um erfiða barkaþræðingu og greining á líffærafræðilegum annmörkum í munn, munnholi eða hálsi koma að miklu gagni við þetta mat. Við líffærafræðilegt mat er aðferð kennd við Mallanpati (MP) mest notuð, en þá er gert mat á munnopnun (4 stig). Á mörgum svæfingadeildum er getið á forlyfjabláði um þessa stigun og eru þá gerðar viðhlítandi ráðstafanir sé sjúklingur metinn í MP 3-4. Þrátt fyrir MP-stigun getur ónákvæm saga, óupplýstur sjúklingur um fyrri erfiðleika við svæfingar svo og óaðgengileiki að eldri gögnum sjúklingsins sett hann í ónaúðsynlega lífshættu við innleiðslu svæfingar. Til að lágmarka þessa áhættu hefur verið komið upp sérstöku skráningarkerfi á svæfingadeild Landspítala Hringbraut.

**Efniviður og niðurstaða:** Á fyrri hluta árs 2003 kom sjúklingur á miðjum aldri til aðgerðar vegna vandamála frá kvið. Fram kom í sögu sjúklings að nokkrum vikum áður hefði hann verið svæfður á öðru sjúkrahúsi og hefðu þá engin vandamál komið upp við svæfinguna. Eldri sjúkraskýrslur voru óaðgengilegar í skjalasafni spítalans. Sjúklingur var metinn MP 2-3 en vegna sögu hans um nýlega vandræðalausa svæfingu var hann svæfður á hefðbundinn hátt. Barkaþræðing reyndist ómöguleg með hefðbundinni aðferð og var hann því barkaþræddur með hjálp kokmaska og berkjuspeglunartækis og gekk það vandræðalaust. Í ljós kom nokkrum dögum síðar að veruleg vandamál höfðu komið upp við barkaþræðingu við fyrri svæfingu. Í ljósi vandræða við óflun eldri sjúkraskýrsla utan hefðbundins vinnutíma var í framhaldi af þessu ákveðið að upplýsa sjúklinga skriflega og munnlega um vandamál við barkaþræðingar til þess að lágmarka óvæntar uppkomur við seinni svæfingar.

Frá miðju ári 2003 hafa í 16 tilfellum komið upp óvænt vandamál við barkaþræðingu á svæfingadeild Landspítala Hringbraut og þar sem þurft hefur að grípa til berkjuspeglunartækis. Allir þeir sjúklingar voru upplýstir eftir aðgerð og fengu í hendur staðlað bréf um vandamálið.

**Ályktun:** Mikilvægt er að upplýsa sjúklinga skriflega um óvæntar erfiðar barkaþræðingar. Stefnt er að því að aðrar sjúkrastofnanir sem veita svæfingapjónustu taki upp svipað kerfi.

## E 23 Fjölskyldutengsl sem áhættuþáttur krabbameins í ristli eða endaparmi meðal Íslendinga. Eru mismunandi orsakir fyrir krabbameini í ristli og endaparmi?

**Tryggvi B. Stefánsson**<sup>1</sup>, Páll H. Möller<sup>1</sup>, Friðbjörn Sigurðsson<sup>2</sup>, Eiríkur Steingrímsson<sup>3,4</sup>, Bjarki Jónsson Eldon<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Skurðlækningadeild, <sup>2</sup>krabbameinslækningadeild Landspítala, <sup>3</sup>Urður Verðandi Skuld, <sup>4</sup>Læknadeild Háskóla Íslands

[tryggvis@landspitali.is](mailto:tryggvis@landspitali.is)

**Tilgangur:** Tilgangur rannsóknarinnar var að kanna tengsl fjölskyldusögu og áhættu á því að fá krabbamein í ristil eða endaparm á meðal Íslendinga.

**Aðferðir:** Staðlað nýgengihlutfall (Standardized incidence ratio: SIR) var notað til að ákvarða áhættu meðal ættingja sjúklinga með krabbamein í ristli og endaparmi sem voru greindir á 46 ára tímabili (1955-2000). Öll gögn til rannsóknarinnar voru fengin úr skráum sem náðu til allra Íslendinga (Krabbameinsskrá og skrá Erfðafræðinefndar Háskóla Íslands).

**Niðurstöður:** Alls 2770 sjúklingar áttu 23.272 fyrsta stigs ættingja. Meðal fyrsta stigs ættingja var aukin áhætta á að fá krabbamein í ristil (SIR 1,47, 95% öryggisbil (confidence interval [CI]) 1,34-1,62) og í endaparm (SIR 1,24, 95% CI 1,04-1,47). Meðal 17.119 fyrstu stigs ættingja þeirra sem fengu krabbamein í ristil var aukin áhætta meðal systkina að fá bæði krabbamein í ristil (SIR 2,03, 95% CI 1,76-2,33) og í endaparm (SIR 1,56, 95% CI 1,19-2,02). Áhættan á að fá krabbamein í ristil eða í endaparm var ekki aukin meðal foreldra og barna. Ekki fannst munur á áhættu hjá konum og körlum. Meðal 6767 fyrsta stigs ættingja sjúklinga með krabbamein í endaparmi var aukin áhætta hjá systkinum að fá krabbamein í ristil (SIR 1,61, 95% CI 1,23-2,06) og endaparm (SIR 1,75, 95% CI 1,13-2,58). Áhættan að fá krabbamein í ristil var aukin hjá bræðrum (SIR 1,79, 95% CI 1,22-2,53) og systur (SIR 1,45, 95% CI 0,98-2,07) sjúklinga með krabbamein í endaparmi, en áhættan að fá krabbamein í endaparm var eingöngu hækkuð hjá bræðrum þeirra sem höfðu fengið krabbamein í endaparm (SIR 2,46, 95% CI 1,46-3,89) en ekki hjá systur (SIR 1,0 95% CI 0,40-2,06).

**Ályktun:** Fjölskyldusaga um krabbamein í ristli er áhættuþáttur fyrir því að fá krabbamein í ristil eða endaparm. Krabbamein í ristli og krabbamein í endaparmi eru þó háð fjölskyldusögunni á mismunandi hátt sem bendir til að mismunandi orsakir séu fyrir krabbameini í ristli annars vegar og endaparmi hins vegar.

## E 24 Holsjárhyllisrannsókn (capsule endoscopy) á mjó-girni. Er hún einhvers virði?

**Hannes Jón Lárusson**<sup>1</sup>, Ásgeir Theodórs<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Handlækningadeild Landspítala, <sup>2</sup>Meltingarsjúkdómadeild, St. Jósefsspítala, Hafnarfirði

[hannesl@landspitali.is](mailto:hannesl@landspitali.is)

**Inngangur:** Blæðing í meltingarvegi er algengur kvilli en ekki

finnst alltaf orsök hennar þrátt fyrir ítarlega uppvinnslu. Einkum hafa rannsóknir á mjóginri verið erfiðar. Aðeins lítinn hluta þess hefur verið hægt að athuga með holsjá, en mögulegt er að beita öðrum rannsóknaraðferðum, svo sem smágirnismynd (enteroclysis), æðarannsókn (angiography), blóð sindurritun (blood pool scintigraphy, tagged red cell scan), Meckels skimun og tölvusneiðmynd. Þá er beitt IOE (intraoperative endoscopy) sem er bæði tímafrek og eykur fylgikvilla aðgerðar. Nýrri rannsóknaraðferð, holsjárhyllkissrannsókn (Hhr), er nú beitt sem gerir kleift að skoða mjóginrið myndrænt. Tvö sjúkratilfelli verða kynnt til að skýra kosti Hhr.

**Sjúkratilfelli 1:** Karlmaður, 68 ára, lagðist inn á hjartadeild Landspítala vegna yfirliðs. Lýst var sortusaur (melená) síðustu daga fyrir innlögn og járnskortsblóðleysi (anemía) staðfest. Maga- og ristilspeglun var eðlileg en tölvusneiðmynd af kviðarholi sýndi litla fyrirferð í garnahengjurótinni. Hann var rannsakaður 18 mánuðum áður vegna járnskortsblóðleysi (anemíu) án niðurstöðu. Hhr nú sýndi fram á sáraæxli í mjóginri, sjúklingur tekinn til aðgerðar og meinvörp fundust í garnahengju eitlum. Líffærameinafræðileg rannsókn (PAD) staðfesti silfurfrumuæxli (carsinoid tumor).

**Sjúkratilfelli 2:** Karlmaður, 52 ára, leitaði á bráðamóttöku vegna blóðugs niðurgangs. Þegar hann kom inn féll blóðþrýstingur við það að hann reis upp og var því lagður á gjörgæslu til vöktunar. Magaspeglun var eðlileg en ristilspeglun vakti grun um blæðingu frá mjóginri. Blæðingarskann staðfesti blæðingarstað í hægri efri fjórðungi. Hhr sýndi hvítleita vefjaskemmd í mjóginri. Tölvusneiðmynd vakti grun um þrjú meinvörp í lifur. Í kviðarholssjá var gert smágirnisúrnám og sýni tekið úr lifur. Líffærameinafræðileg rannsókn sýndi blæðandi sárastrómaæxli í mjóginri og holuæðaræxli (cavernous hemangioma) í lifur.

**Ályktun:** Holsjárhyllkissrannsókn er myndræn aðferð til að rannsaka mjóginri. Hún getur flýtt fyrir og hjálpað til við nákvæmari greiningu á sjúkdómum í mjóginri.

## E 25 Aðgerðir vegna lifraræxla á Íslandi, tíu ára uppgjör

Bergþór Björnsson<sup>1</sup>, Sigurður Ó. Blöndal<sup>1</sup>, Sigurgeir Kjartansson<sup>1</sup>, Jónas Magnússon<sup>1,2</sup>

<sup>1</sup>Skurðsviði Landspítala, <sup>2</sup>læknadeild HÍ  
[bergthor@landspitali.is](mailto:bergthor@landspitali.is)

**Inngangur:** Aðgerðum vegna lifraræxla, bæði frumkominna og meinvarpa, hefur fjölgað. Erlendar rannsóknir hafa sýnt batnandi árangur af slíkum aðgerðum hvað varðar meinvörp. Ein rannsókn hefur verið birt um lifraraðgerðir á Íslandi. Tilgangur þessarar rannsóknar var að kanna aðgerðir vegna lifraræxla á Íslandi á árunum 1994 til 2003.

**Efniviður og aðferðir:** Rannsóknin var afturskyggn. Farið var yfir sjúkraskrár allra sjúklinga sem gengust undir aðgerðir vegna æxla í lifur á Landspítala (áður Sjúkrahús Reykjavíkur og Landspítali) á árunum 1994 til og með 2003.

**Niðurstöður:** Alls fundust gögn um 69 aðgerðir á 66 sjúklingum á umræddu tímabili. Ekki var unnt að safna öllum upplýsingum sem til stóð úr öllum sjúkraskrárum. Engar upplýsingar aðrar en vefjagreining liggja fyrir varðandi fjóra sjúklinga. Meðalaldur var 57,3 ár, karlar voru 32 en konur 34. Í 25 tilfellum var heilt lifr-

arblað fjarlægð. Frumkomin æxli voru 25, lifrarfrumuæxli voru sjö. Meinvörp voru alls 43; 39 voru frá kirtilfrumuæxlum sem áttu uppruna í ristli eða endaparmi í 36 tilfellum. Meðalblæðing var 2650 ml og meðalblóðgjöf var 4,2 einingar. Þrír sjúklingar með lifrarfrumuæxli eru á lífi eftir 4,7 ára eftirfylgni en fjórir eru látnir og var meðallifun þeirra 4,8 ár. Af sjúklingum með meinvörp frá ristli/endaparmi eru 17 á lífi eftir 3,8 ára eftirfylgni en 19 eru látnir og var meðallifun þeirra 2,3 ár. Skurðdaði (30 daga) var enginn.

**Ályktanir:** 1) Lifraraðgerðum vegna æxla virðist fara fjölgandi. 2) Blæðing í aðgerð og 30 daga dánartíðni er ásætlanleg. 3) Árangur aðgerða vegna meinvarpa frá ristli/endaparmi fer batnandi innan þessa rannsóknartímabils.

## E 26 Rauðkirningaæxli (oncocytoma) eru góðkynja nýrnaæxli. Úttekt hjá heilli þjóð á 30 ára tímabili

Tómas Guðbjartsson<sup>1</sup>, Sverrir Harðarson<sup>2,3</sup>, Vigdís Pétursdóttir<sup>2</sup>, Ásgeir Thoroddsen<sup>1</sup>, Jónas Magnússon<sup>1,3</sup>, Guðmundur V. Einarsson<sup>1,3</sup>

<sup>1</sup>Þvagfæraskurðeild, <sup>2</sup>rannsóknarstofa Háskólans í meinafræði, skurðeild Landspítala, <sup>3</sup>Læknadeild Háskóla Íslands

[tomasgudbjartsson@hotmail.com](mailto:tomasgudbjartsson@hotmail.com)

**Inngangur:** Rauðkirningaæxli (oncocytoma) voru áður flokkuð með illkynja æxlum í nýrum en samkvæmt nýjum alþjóðlegum stöðlum eru þau flokkuð með góðkynja nýrnaæxlum. Tilgangur þessarar rannsóknar var að kanna algengi, dreifingu og horfur sjúkdómsins hjá heilli þjóð á 30 ára tímabili.

**Efniviður og aðferðir:** Rannsóknin er afturskyggn og er hluti af stærri íslenskri rannsókn þar sem rannsökuð hafa verið vefjasýni allra sjúklinga sem greinst hafa á Íslandi með illkynja æxli í nýrum frá 1971-2000. Stuðst var við sjúkraskrár og skrá rannsóknarstofu HÍ í meinafræði. Könnuð voru einkenni sjúklinga, meinafræði og lífshorfur.

**Niðurstöður:** Aldursstaðlað nýgengi rauðkirningaæxla fyrir hvort kyn um sig var 0,3/100.000 á ári og reyndust þau 5,5% af fjölda nýrnafrumkrabbameina sem greindust á sama tímabili. Fjórtán sjúklingar greindust við krufingu án þess að hafa haft þekkt einkenni frá æxlinu. Af 31 sjúklingi sem greindust á lífi (meðalaldur 71 ár) voru sjö sem greindust fyrir tilviljun. Hinir sjúklingarnir voru með einkenni þar sem bersæ blóðmiga (32%), kviðverkir (29%) og megrun (10%) voru algengust. Allir sjúklingarnir gengust undir nýrnabrottnám að einum undanskildum þar sem framkvæmt var hlutabrottnám á nýra hjá sjúklingi með æxli í báðum nýrum. Meðalstærð æxlanna var 5,7 cm (bil 0,9-12 cm). Áttján sjúklingar (58%) voru greindir á TNM-stigi I (æxli <7 cm), 10 á stigi II (32%) (æxli >7 cm) og 3 á stigi III (10%), og voru síðastnefndu sjúklingarnir allir með æxlisferð í fitu umhverfis nýrað. Enginn sjúklinganna reyndist hafa meinvörp, hvorki í önnur líffæri eða eitla. Tveir sjúklingar reyndust einnig hafa nýrnafrumkrabbamein í sama nýra. Sjúklingunum var fylgt eftir og eftir 8,3 ár að meðaltali hafði enginn þekkt meinvörp frá rauðkirningaæxli og enginn hafði látist úr sjúkdómnum. Heildar fimm ára lífshorfur voru 63,2% og létust flestir úr hjarta- og æðasjúkdómum.

**Ályktun:** Klínísk hegðun rauðkirningaæxla er góðkynja og

stýðja þessar niðurstöður því núverandi flokkunarkerfi nýrna-æxla. Lífshorfur þessara sjúklinga eru þegar til lengri tíma er litið mjög góðar og brotnám alls nýrans því sennilega of mikil meðferð, að minnsta kosti í þeim tilvikum þar sem um lítil æxli er að ræða. Á hinn bóginn er erfitt með nútímaaðferðum að fá fram nákvæma vefjagreiningu á rauðkirningaæxli áður en aðgerð er framkvæmd og greining því oftast gerð eftir að bóúið er að fjarlægja æxlið.

## E 27 Áhrif vasopressíns á blóðflæði í lifur og brisi í sýklastóttarlosti

Gísli H. Sigurðsson<sup>1</sup> Vladimir Krejci<sup>2</sup> Luzius Hildebrand<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Svæfinga- og gjörgæsludeild, Landspítala og læknaeild HÍ, <sup>2</sup>Svæfinga- og gjörgæsludeild, Inselspital Haskólasjúkrahús í Bern, Sviss, <sup>3</sup>Svæfingadeild, Washington University, St Louis, USA

gislihs@landspitali.is

**Inngangur:** Vasopressín er stundum notað hjá sjúklingum í sýklastóttar (septísku) losti sem ekki svara adrenalíni eða nor-adrenalíni. Það er þekkt að þéttni V1 viðtaka er mikil á iðra (splanchnicus) svæðinu enda var lyfið lengi notað til að stöðva blæðingar frá meltingarvegi. Vasopressín tengist V1 viðökunum mjög sterkum böndum sem eru óháðir súrefnisþurrð í viðkomandi vef. Þetta veldur öflugri æðaherpingu sem getur leitt til drepis í vefjum. Áhrif vasopressíns á blóðflæði í lifur og brisi hafa ekki verið könnuð áður, en sá var einmitt tilgangur þessarar rannsóknar.

**Aðferðir:** Sextán svín voru svæfð og lögð í öndunarvél. Sýklastóttarlost var framkallað með saur í kvíðarholi. Hópur V (n=8) fékk vasopressín og hópur S (n=8) lyfleysu. Eftir fjögurra klukkustunda sýklastótt var báðum hópnum gefinn vökví í æð til þess að hækka miðbláæðaprygting upp í eðlileg gildi á 60 mínútum. Síðan fékk hópur V vasopressín 0,06 U/kg/mín en S fékk lyfleysu. Blóðþrygtingur, hjartaútfall, blóðflæði í portabláæð og lifrarlagæð voru mæld stöðugt í þrjár klukkustundir á eftir. Jafnframt var smáæðablóðflæði í lifur og brisi mælt með laser Doppler flæðimæli (LDF).

**Niðurstöður:** Blóðþrygtingur hækkaði um 20 mmHg en hjartaútfall lækkaði um 30% í hópnum sem fékk vasopressín en báðir þættir héldust óbreyttir í ómeðhöndlaða hópnum. Blóðflæði í portabláæð minnkaði um helming hjá þeim sem fengu vasopressín miðað við fjórðungs minnkun hjá hinum (p<0,01). Í lifrarlagæð tvöfaldaðist blóðflæðið hjá þeim sem fengu vasopressín meðan það var 20% minnkun í viðmiðunarhópnum (p<0,01). Smáæðablóðflæði í brisi minnkaði mun meira í vasopressín hópnum en í viðmiðunarhópnum (p<0,01).

**Ályktanir:** Vasopressín hækkar blóðþrygting en dregur úr hjartaútfalli og blóðflæði í brisi. Minnkun á porta blóðflæði jafnaðist upp að hluta vegna aukningar á blóðflæði í lifrarlagæð þannig að smáæðablóðflæði í lifur minnkaði lítið meira en í viðmiðunarhópnum. Tónómetrískar mælingar bentu til súrefnisþurrðar í smáþörmum. Þessar niðurstöður benda til að æðaherping af völdum vasopressíns geti verið varasöm og ætti því að nota lyfið af mikilli varkárni þar til klínískar rannsóknir hafa verið gerðar.

## E 28 Aðgerðir við sáraristilbólgu (colitis ulcerosa) á Landspítala á árunum 1980-2004

Hannes Jón Lárusson<sup>1</sup>, Tryggvi B. Stefánsson<sup>1</sup>, Tómas Jónsson<sup>1</sup>, Sigurður Björnsson<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Skurðlækningadeild, <sup>2</sup>meltingarsjúkdómadeild Landspítala

hannesl@landspitali.is

**Inngangur:** Sáraristilbólga er langvinnur sjúkdómur í ristli. Aðalmeðferð er lyfjameðferð. Eina lækningin er að fjarlægja alla ristilslímhúð með brotnámi á ristli og endaparmi (BRE).

Það er aukin áhætta á ristilkrabbameini hjá sjúklingum sem hafa haft sjúkdóminn í meira en 10 ár. Samkvæmt íslenskum rannsóknum hefur nýgengi sáraristilbólgu aukist úr 2,8/100 þús í 16,9 á árunum 1950 til 1990. Farið var að gera BRE með smágirnisaufun (SR) fyrir meira en 50 árum og hefur skurðlækni meðferð sjúkdómsins ekkert breyst síðan þá. Allar breytingar á aðgerðum hafa miðað að því að forða sjúklingum frá því að fá SR. Seinni ár hefur sjúklingum staðið til boða að fá innri garnapoka (J-poka) sem eru tengdir í endaparmsop í stað SR. Tilgangur rannsóknarinnar er að athuga fjölda sjúklinga sem farið hafa í ristilnám vegna sáraristilbólgu frá 1980-2004, tegund aðgerða og árangur þeirra.

**Efniviður og aðferðir:** Upplýsingar fengust úr sjúkraskrá sjúklinga með greiningarnúmerið K51.x sem leituðu á Landspítala (BSP, LSP og LDK) á tímabilinu 1980-2004 og fóru í aðgerð á ristli. Alls fengu 392 sjúklingar greininguna K51.x á tímabilinu. Af þeim fara 99 sjúklingar í ristilnám, (BRE+SR 17, BRE+J-poki 4, brotnám á ristli (BR)+SR 60, BR+Ileorectal anastomosis 11), 1980-1984: 3, 1985-1989: 9, 1990-1994: 21, 1995-2000: 37 og 2000-2004: 27. Ekki fengust upplýsingar um aðgerðir hjá tveimur sjúklingum. 28 garnapokaaðgerðir hafa verið gerðar, einungis tvær fyrir 1995.

**Ályktanir:** Brotnám ristils vegna sáraristilbólgu hefur á rannsóknartímanum aukist meir en sem nemur aukningu í fólksfjölda á tímabilinu og er í samræmi við rannsóknir á nýgengi meðal Íslendinga á sama tíma. Fyrir árið 1995 voru flestir meðhöndlaðir með BRE+SR en eftir þann tíma eru flestir meðhöndlaðir með BRE+J-poka og tengingu niður í endaparmsop.

## E 29 Verkjameðferð eftir gerviliðaaðgerð á hné

Girish Hirlekar, Sigurður E. Sigurðsson, Helga Kristín Magnúsdóttir, Jón Steingrímsson

Svæfinga- og gjörgæsludeild Fjórðungssjúkrahússins á Akureyri

girish@fja.is

**Inngangur:** Verkir eftir gerviliðaaðgerð eru oft miklir og ýmsar aðferðir eru notaðar til að lina þær. Þar á meðal má nefna miðtaugadeyfingar, svo sem utanbastsdeyfingar, mænuvökvadeyfingar með staðdeyfilyfjum og sterkum verkjalyfjum (opiöt), auk hefðbundinnar verkjameðferðar með töflum, stílum og lyfjum í æð. Hægt er að nota sídreypi og jafnvel sjúklingastýrða verkjameðferð (PCA). Á FSA höfum við notað úttaugadeyfingar í nokkur ár til verkjastillingar. Síðustu tvö ár hafa sjúklingar fengið lærtaugadeyfingu (N.Femoralis) með legg auk deyfingar á settaug (N.Ischiaticus) með einum skammti.

**Efniviður og aðferðir:** Athuguð var verkjameðferð hjá sjúklingum á bæklunardeild FSA á tímabilinu sem fóru í gerviliðaaðgerðir á hné. Aðgerðir voru gerðar í mænuvökvadeyfangi. Eftir aðgerð var sjúklingur fluttur á gjörgæsludeild. Áður en sjúklingur byrjaði að kvarta um verki var lögð lærtaugadeyfang með legg auk aftari lærtaugadeyfangar með einum skammti. Notað var taugaörvunartæki við deyfingarnar. Í deyfingarlegg var gefin blanda með búbívakaín 0,1% og klónidín 1µg/ml. PCA-dæla var notuð og stillt á sídreypi 6-8 ml á klukkustund með möguleika á 10 ml bólusum með klukkustundar sperru. Hægt var að auka sídreypið eftir þörfum upp í mest 12 ml/klukkustund. Verkjamat með VAS-skala í hvíld og við hreyfingu var skráð af hjúkrunarfræðingi á 3-4 tíma fresti. Allir fengu parasetamol, kódeín, bólgueyðandi og ketógan í æð eftir þörfum. Fylgikvillar og vandamála við deyfingar voru skráð.

**Niðurstöður:** Gerðar voru 104 gerviliðaaðgerðir hné á FSA á tímabilinu. Alls voru 104 sjúklingar, 40 karlar og 64 konur. Meðalaldur var 70,1 ár. Meðaltími verkjameðferðar með deyfingu var 52 klukkustundir. Meðalverkir í hvíld og við hreyfingu eru sýndir á myndriti. Notkun annarra verkjalyfja var skoðuð.

**Ályktun:** Úttaugadeyfangar hafa reynst vel sem verkjameðferð eftir gerviliðaaðgerðir á hné. Þær eru einfaldar að framkvæma og lítið um alvarlega fylgikvilla.

### E 30 Pulmonary Sequestration and its Range of Symptoms. A Review of 8 Surgically Treated Cases

Andreas Pikwer, Erik Gyllstedt, Ramon Lillo-Gil, Per Jönsson, Tómas Guðbjartsson

The Department of General Thoracic Surgery & the Faculty of Medicine, Lund University Hospital, Lund University

[pikwer@hotmail.com](mailto:pikwer@hotmail.com)

**Objective:** Pulmonary sequestration (PS) is an uncommon congenital lung malformation where non-functioning lung-tissue is separated from the bronchial tree and vascularised with an aberrant systematic artery. The aim of this study was to study all patients that were treated for PS at Lund University Hospital for the last 15 years, with special emphasis on clinical presentation of the disease and results of surgical treatment.

**Material and methods:** This is a retrospective clinical study including all patients diagnosed with PS between the 1<sup>st</sup> of January 1986 and 31<sup>st</sup> of July 2004. A total of 7 cases were found, 1 male and 7 females with a mean age of 7.3 years (range 25 days - 17 yrs.) at the time of diagnosis. Relevant clinical and histological information was obtained from hospital charts.

**Results:** Out of 8 patients, 7 presented with different kinds of respiratory symptoms, most commonly symptoms secondary to pneumonia. Additionally, two patients presented with congestive heart failure, one primarily due to shunting through the PS, and the other due to concomitant tetralogy of Fallot. Four other patients were diagnosed with concomitant congenital malformations; including 3 cases of scimitar syndrome, persistent ductus arteriosus, atrial septal defect and congenital cystic adenomatoid malformation of the lung. The diagnosis of PS was confirmed with angiography in 7 patients and in one with an

MRI-angiography. The aberrant artery originated from the thoracic or abdominal aorta in all cases. All the patients underwent lobectomy without major complications.

**Conclusion:** PS may present itself clinically in numerous ways. This can lead to diagnostic problems, especially in children and young adults with concomitant congenital heart disease. Therefore PS should be considered as a differential diagnosis in patients with unexplained respiratory symptoms or with signs of congestive heart failure.

### E 31 Aðgerðir vegna ristilkrabbameins á Landspítala 1994-1998

Hrafnhildur Stefánsdóttir<sup>1,2</sup>, Páll Helgi Möller<sup>1,2</sup>, Tryggvi B. Stefánsson<sup>2</sup>, Friðbjörn Sigurðsson<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Læknadeild Háskóla Íslands, <sup>2</sup>skurðlækningadeild, <sup>3</sup>krabbameinslækningadeild Landspítala Hringbraut

[pallm@lsh.is](mailto:pallm@lsh.is)

**Inngangur:** Ristilkrabbamein er þriðja algengasta krabbamein á Íslandi. Fyrsta meðferð er skurðaðgerð og lyfjameðferð hafi sjúklingur eitlameinvörp. Tilgangur rannsóknarinnar var að kanna árangur meðferðar á kirtilfrumkrabbameini í ristli á Landspítala árin 1994-1998.

**Efniviður og aðferðir:** Afturskyggn rannsókn var gerð á sjúklingum sem komu til meðferðar á Landspítala með greininguna kirtilfrumkrabbamein í ristli á tímabilinu 1.1.1994 til 31.12.1998. Tölvukerfi spítalans var notað til að finna sjúklinga með ofangreinda greiningu. Sjúklingar með krabbamein í botnlangatotu voru ekki hafðir með. Upplýsingar um sjúklinga voru fengnar úr sjúkraskrá. Alls fundust 239 sjúklingar, 131 karl og 108 konur. Meðalaldur var 70,2 ár (31-94).

**Niðurstöður:** 97,5% sjúklinga fóru í úrnám á ristli. Læknandi aðgerðir voru 75,3% og tíðni bráðaaðgerða var 16%. Einn eða fleiri fylgikvilla aðgerðar fengu 35% sjúklinga. Fylgikvillar eftir val- og bráðaaðgerð voru 33% og 47%. Algengustu fylgikvillar voru þvagfærasýking (15,2%), sárásýking (12,6%) og lungnabólga (9,1%). Skurðdauði var 6,0% eftir valaðgerð en 10,5% eftir bráðaaðgerð. Legudagar voru níu eftir valaðgerð og 14 eftir bráðaaðgerð. Samkvæmt Dukes-flokkun voru 11,7% sjúklinganna í A, 35,6% í B, 29,7% í C og 23,0% sjúklinganna í D. Lyfjameðferð fengu 59 sjúklingar, 46% með Dukes-C og 37% með Dukes-D. Af Dukes-C sjúklingum yngri en 75 ára fengu 73% lyfjameðferð. Fimm ára lifun var 53% fyrir allan hópinn, 88% fyrir Dukes-A, 72% fyrir B, 51% fyrir C og 3% fyrir D.

**Ályktanir:** Árangur skurðaaðgerða hér á landi hvað varðar fylgikvilla og skurðdauða var sambærilegur við önnur lönd. Legudagar voru marktækt fleiri hjá sjúklingum eftir bráðaaðgerð en valaðgerð, en ekki var marktækur munur hvað varðar skurðdauða og fylgikvilla. Lífshorfur sjúklinga eru sambærilegar við önnur lönd.



## E 32 Úrnám bugaristils með aðstoð kviðsjár á Landspítala 1999-2003

Fjalur Elvarsson<sup>1</sup>, Tómas Jónsson<sup>1</sup>, Páll Helgi Möller<sup>1,2</sup>

<sup>1</sup>Skurðlækningadeild Landspítala Hringbraut, <sup>2</sup>læknadeild Háskóla Íslands  
pallm@lsh.is

**Inngangur:** Úrnám ristils með kviðsjártækni var fyrst framkvæmd 1991. Aðgerðin er talin örugg og er tíðni fylgikvilla sambærileg-ur við opna aðgerð. Kostir kviðsjáraðgerðar eru verkjaminni sjúklingar, styttri sjúkrahúslega og að einstaklingar nái fyrr fullri vinnufærni. Markmið þessarar rannsóknar var að skoða árangur af úrnámi á bugaristli með hjálp kviðsjár á Landspítala.

**Efniviður og aðferðir:** Um er að ræða alla sjúklinga sem gengust undir úrnám á bugaristli með hjálp kviðsjártækni á tímabilinu 1. janúar 1999 til 31. desember 2003. Sjúklingarnir voru fundnir í tölvukerfi Landspítala. Sjúkraskýrslur voru skoðaðar með tilliti til ábendingar fyrir aðgerð, fylgikvilla í og eftir aðgerð, fæðuinntöku og lengd sjúkrahúsdvalar.

**Niðurstöður:** Á tímabilinu voru framkvæmdar 47 aðgerðir.

Ávallt var um valaðgerð að ræða. Ábendingar fyrir aðgerð voru endurteknar sarpbólur (n=35), sarpbólga einu sinni (n=9), garnaflækja, bugaristolshaul og krabbamein í bugaristli. Karlar voru 20 og konur 27. Meðalaldur sjúklinga var 51 ár (bil: 27-77). Meðalaðgerðartími var 160 mínútur (bil : 100-290). Breytt var yfir í opna aðgerð í tveimur tilfellum.

Meðalblæðing í aðgerð var 217 mL (n=45). Meðaltími þar til sjúklingar neyttu fljótandi fæðu var 2,1 dagur (bil: 0-8) en fastrar fæðu 3,2 dagar (bil:1-9). Meðallegutími var 6,2 dagar (bil: 3-18). Fylgikvillar eftir aðgerð voru blæðing (n=2), þar af þurfti einn enduraðgerð vegna þessa, þvagfærasýking (n=1), sárásýking með rofi (n=2), samgötunarleki (n=1), kviðarholssýking (n=2), samgötunarþrenging (n=1), haul í skurðsári (n=4), en af þeim fengu tveir sjúklinganna sárásýkingu. Meðallengd bugaristils sem var fjarlægður var 13,7 cm (bil: 7-22). Bólga var til staðar við aðgerð í 21,3% tilfella.

**Ályktun:** Aðgerðartími, fjölda legudaga og tíðni fylgikvilla er sambærilegur og við erlendar rannsóknir. Úrnám bugaristils með kviðsjártækni er örugg aðgerð með lága tíðni fylgikvilla og færri legudögum en við opnar aðgerðir.

# Ágrip veggspjalda

## V 1 Þróun hvekkadgerða á FSA 1992-2002

Valur Þór Marteinsson

Handlækningadeild Fjórðungssjúkrahússins á Akureyri  
valmart@fsa.is

**Inngangur:** Talsverðar breytingar hafa orðið síðustu 20 árin á tíðni hvekkadgerða um þvagrás vegna þvaglátaeinkenna eða fylgikvilla þeirra. Tilgangur rannsóknarinnar var að athuga breytingar á ýmsum mikilvægum þáttum slíkra aðgerða (ábendingum, áhættu, fylgikvillum, dánartíðni, legudaga) og hvort endurskoða ætti þá eða annað þeim tengt.

**Efniviður:** Farið var yfir þrjú tímabil á H-deild FSA. Tímabil A=1992-94 (n=72), B=04.1995-01.1996 (n=48) og C=01.1997-04.2002 (n=36). Á tímabili B og C voru allar aðgerðir framkvæmdar af sama lækni með svipaðar verklagsreglur. Aðeins voru teknir með þeir er höfðu hvekkauka sem aðalgreiningu (krabbameinssjúklingar útilokaðir). Tímabil A var skráð afturvirk, en B og C á framsæjan hátt.

**Niðurstöður:** Helstu niðurstöður má sjá í töflu að neðan (niðurstöður gefnar sem fjöldi (n), miðtala\* og prósentur).

	A=1992-1994 (%)		B=04.1995-01.1996 (%)		C=01.1997-04-2002 (%)	
Þvagteppa (n)	17	23,6	19	39,6	22	61,1
ASA* (1-5)	2		2		2	
Aldur* (ár)	71		70		77	
Fylgikvillar <6 v. (n)	14	19,4	1	2,1	3	8,3
Blóðgjöf (n)	9	12,5	3	6,2	0	0
Dánartíðni <30 dagar (n)	1	1,4	0	0	0	0
Legudagar eftir aðgerð*	7		5		3	

**Ályktanir:** Aldur sjúklinga hækkar og þvagteppusjúklingum fjölga án þess þó að eiginleg aukning verði á fylgikvillum eða blóðgjöfum. Legudögum fækkar eftir aðgerð. Ein helsta ábending slíkra aðgerða – þvagteppa – hefur aukist mjög á umræddu tímabili, sem leiðir líkur að því að sjúklingar leiti vart nægilega fljótt til læknis, einkenni séu dulin eða meðferð sú sem gefin hefur verið skili ekki tilætluðum árangri til lengri tíma lítið.

## V 2 Árangur nýrnanámsaðgerða með kviðsjártækni og aðstoð handar

Valur Þór Marteinsson, Hafsteinn Guðjónsson, Sigurður M. Albertsson

Handlækningadeild Fjórðungssjúkrahússins á Akureyri  
valmart@fsa.is

**Inngangur:** Kviðsjáraðgerðir á nýrum með aðstoð handar (hand-assisted laparoscopic nephrectomy) hafa verið framkvæmdar á FSA síðan 2001. Tilgangur rannsóknarinnar var að gera grein fyrir niðurstöðum slíkra nýrnanámsaðgerða.

**Efniviður og aðferðir:** Framvirk skráning var gerð hjá öllum sjúklingum er undirgengust nýrnanám á tímabilinu 16.10.02-15.12.04 á H-deild FSA. Tólf sjúklingar fóru í slíka aðgerð og enginn var útilokaður. Öllum var fylgt eftir. Notuð voru hefðbundin kviðsjárspeglunartæki auk GelPort™. Aukalega voru gerðar gallblöðrutaka, ófrjósemisaðgerð og ástunga á eggjastokkabelgmeini hjá þremur. Niðurstöður gefnar sem miðtala, bil og ± 95 vikmörk.

**Niðurstöður:** Miðtala aldurs var 61,5 ár (±10,6), ASA 2 (±0,18) og líkamsþyngdarstuðull 23,2 (±1,74). Heildarlegutími var 6 (±2,57) dagar og 4,5 (±2,07) dagar eftir aðgerð. Aðgerðartími var